

Rev. Esp. de Cir. Ost. (425-430) 1990

UNIVERSIDAD DE VALENCIA. FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Osteoma osteoide de paleta humeral con síndrome paraarticular

V. SANCHIS, M.J. SANGÜESA y F. GOMAR SANCHO

RESUMEN

Los autores presentan un caso de osteoma osteoide de paleta humeral. Destacan el problema diagnóstico que plantean los osteomas osteoides yuxta-articulares y la importancia que tiene la tomografía axial computarizada (TAC) para el diagnóstico y localización de la lesión, siendo esto último fundamental para planificar el tratamiento quirúrgico.

Descriptores: Tumores osteoformadores, osteoma osteoide yuxtaarticular.

SUMMARY

The authors show an intraarticular osteoid osteoma of the elbow. They emphasize the diagnostic problem that it pose and the importance of CT Scann to diagnosis and localization of the lesion, being this important to the surgical procedure.

Key Words: Intraarticular osteoid osteoma. Elbow. CT Scann.

Introducción

El osteoma osteoide es un tumor osteoformador benigno cuya incidencia es bastante alta, representando el 11.23% de todos los tumores benignos (1) y que se localiza habitualmente en la zona metafisodiafisaria o diafisaria de los huesos largos. Si bien es en el año 1935 cuando Jaffe da personalidad clínico-patológica propia al osteoma osteoide no será hasta 1947 cuando SHERMAN (2) presente el primer caso localizado en codo. Desde entonces únicamente se han publicado 28 casos. Se trata pues de una localización excepcional. Ade-

más plantea importantes problemas diagnósticos (3,4,5,6) pues las manifestaciones clínicas conducen a menudo a un diagnóstico incorrecto de sinovitis específica o inespecífica lo que se traduce en un retraso en el inicio de un correcto tratamiento.

El propósito de este trabajo es aportar un nuevo caso de osteoma osteoide de codo haciendo hincapié en los problemas diagnósticos que plantea. Además queremos resaltar el valor de la tomografía axial computarizada de alta resolución (T.A.C.) en el diagnóstico y localización del tumor, lo que nos permi-

tira planificar correctamente la cirugía.

Caso clínico

Varón de 18 años de edad que acude a consultar por dolor continuo en codo izquierdo de 10 meses de evolución y limitación de la movilidad. Las molestias mejoraban con piroxican. Había sido visto por varios especialistas no llegando a un diagnóstico definitivo al ser los estudios radiográficos normales, al igual que los estudios analíticos. Seis meses antes había sido manipulado bajo anestesia sin resultados.

Exploración. Dolor a la palpación sobre la cara posterior de la paleta humeral. No atrofas musculares. Limitación de la flexo-extensión del codo en sus últimos 10-15° tanto de forma activa como pasiva, con pro-

nosupinación libre. Además se apreciaba una discreta tumefacción a nivel del codo, especialmente en su cara posterior.

Radiología convencional (Figura nº 1). En la radiografía anteroposterior practicada con el codo en 10-15° de flexión se observa la existencia de un nidus (flecha negra) rodeado por una zona hipodensa en fosa supracondílea de la paleta humeral.

Ante la sospecha de osteoma osteoide se realiza la prueba de la aspirina, siendo positiva y se completa el estudio con TAC y RNM.

Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.) (Figura nº 2). Se observa a nivel de cavidad olecraniana una imagen redondeada hipodensa de 6 mm de diámetro de límites bien definidos, sin halo escleroso periférico, evidenciándose en su interior una concreción cálcica (nidus) (flecha negra). Se trata de la típica lesión en "diana" (nidus calcificado de Schajowicz o secuestro anular de Jaffe).

Resonancia Nuclear Magnética (R. N. M.) (Figura nº 3). Usando la técnica de Spin-Eco con imagen potenciada en T2 se puede observar la existencia de derrame intraarticular (flecha negra) en codo izquierdo.

Tratamiento. Con el diagnóstico preope-



Figura nº 1: Radiografía anteroposterior de codo izquierdo en 10-15° de flexión.

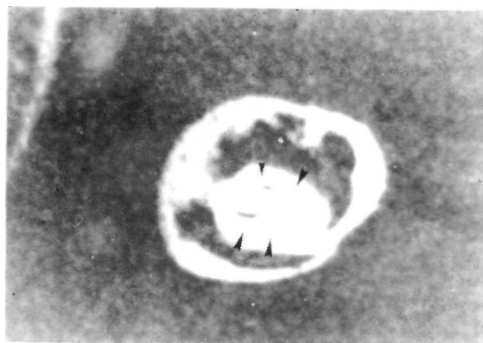


Figura nº 2: TAC Codo izquierdo sin administración de contraste yodado. Corte transversal.



Figura nº 3: R.N.M. Codo izquierdo potenciada en T2. Corte transversal.

ratorio de osteoma osteoide de paleta humeral se procede a su exéresis quirúrgica mediante un abordaje posterior del codo sin osteotomía olecraniana pues se pudo colocar el codo en hiperflexión al desaparecer la limitación de esta al estar en paciente bajo anestesia general con lo que fue posible el acceso directo a la cara posterior de la paleta humeral.

Diagnóstico histológico. Osteoma osteoide.

Evolución. Remisión completa del dolor en el postoperatorio inmediato, movilidad del codo completa.

Discusión

El diagnóstico de osteoma osteoide es a veces difícil debido a la ausencia de las lesiones radiográficas típicas y a que a veces simula patología de las articula-

ciones vecinas al hueso en el que asienta; lo cual es especialmente cierto a nivel de la articulación del codo. Esto se traduce en un retraso en el diagnóstico de certeza del tumor y por lo tanto en un retraso en su tratamiento correcto. Y es precisamente en los niños en los que es fundamental el diagnóstico y tratamiento precoz del osteoma osteoide intraarticular pues de lo contrario se producirán cambios estructurales óseos yuxtaarticulares permanentes que conllevarán una pérdida de movilidad de la articulación y cambios artrósicos en el futuro (3).

Los hallazgos clínicos del osteoma osteoide de codo difieren de los de aquellos localizados a nivel diafisario o metafisodiafisario (7). Es característica la presencia de dolor persistente, que no necesariamente debe calmar con la aspirina. En el examen físico destaca la limitación de la flexión y extensión del codo mientras que la pronosupinación no se ve afectada (6). Esta limitación de la movilidad es antialgica, desapareciendo cuando el paciente es sometido a una anestesia general. En las localizaciones intra y para-articular en general, y en particular en el codo causa una reacción sinovial con hiperplasia y sinovitis folicular (8) lo que se traduce por dolor y moderada tumefacción del codo. Hasta la fecha no hay una explicación aceptada universalmente del porqué de la sinovitis asociada. Puede que exista un factor, hasta la fecha desconocido, producido por el osteoma osteoide que active la reacción inflamatoria (8,9). Además también es frecuente la atrofia muscular debido a que habitualmente el curso clínico es prolongado (meses o años) por el problema diagnóstico que plantea esta lesión.

Los hallazgos radiográficos del osteoma osteoide de codo difieren de los de aquellos localizados a nivel diafisario o metafisodiafisario (7). Así como en las localizaciones típicas existe una intensa reacción esclerótica reactiva fusiforme rodeando al nidus, en los localizados en el codo esta reacción está habitualmente ausente. Ahora bien, en ocasiones se encuentra como hallazgo radiográfico en el osteoma osteoide yuxtaarticular (4) una neoformación ósea subperióstica en el hueso adyacente lo cual probablemente es debido a una periositis por la sinovitis asociada (4).

Esta dificultad diagnóstica con la radiología convencional ha obligado a buscar otros métodos alternativos de diagnóstico por la imagen. La escintigrafía con Tc^{99m} aunque tiene una gran sensibilidad es muy poco específica y además no muestra la típica imagen de osteoma osteoide al estar esta enmascarada por la sinovitis asociada en estos casos, con lo que la captación del isótopo es difusa. La R.N.M. no nos ofrecerá una ayuda diagnóstica pero si que detectará en la imagen potenciada en T2 la existencia de derrame articular asociado, el cual se encuentra asociado de forma casi invariable a esta entidad clínica. La mayoría de los autores están de acuerdo en que la T.A.C. de alta resolución es la exploración que tiene más valor pues nos permitirá hacer el diagnóstico correcto (detecta la imagen radiolúcida del nidus) incluso en ausencia de los hallazgos radiográficos típicos de osteoma osteoide. Además de su valor diagnóstico la T.A.C es indispensable para planificar el acto quirúrgico (elección de la vía de abordaje), pues permite localizar espacialmente de forma precisa la tumoración, con lo que se reduce la

yatrogenia y se facilita la recuperación funcional postoperatoria.

Si con las pruebas complementarias anteriores no se llega a un diagnóstico positivo, se deberá plantear el diagnóstico diferencial con procesos inflamatorios subagudos (absceso de Brodie) o crónicos, óseos o sinoviales, específicos o no, los cuales pueden presentar unas manifestaciones clínico radiológicas semejantes a las del osteoma osteoide. La mayor parte de los casos reportados en la literatura fueron diagnosticados inicialmente de artritis o sinovitis. También se puede plantear el diagnóstico diferencial con la sinovitis vellosa-nodular pigmentada difusa y con la osteocondritis disecante de codo.

El tratamiento es quirúrgico y está basado en la resección del nidus junto con una pequeña capa de tejido sano circundante, lo cual conduce a la curación completa en todos los casos (9). Cuando la reacción inflamatoria asociada es importante se recomienda asociar una sinovectomía parcial (9). Algunos autores (2,3) establecen una correlación entre la limitación funcional residual tras la cirugía y la intensidad del proceso inflamatorio asociado.

Podemos concluir diciendo que debe pensarse en la posibilidad de un osteoma osteoide de la región del codo ante la presencia de un dolor persistente, que no necesariamente debe calmar con la aspirina, asociado a una limitación de la flexo-extensión a pesar de que los hallazgos de la radiología convencional sean indefinidos o dudosos (6)

Bibliografía

1. SCHAJOVICZ, F.: "Tumores y lesiones seudotumorales de huesos y articulacio-

- nes". Editorial médica Panamericana, Buenos Aires, 1982.
2. SHERMAN, MS; Osteoid osteoma associated with changes in adjacent joint. Report of two cases. J. Bone Joint Surg. 1947. 29, 483-490.
 3. SHIFRIN, LZ Y REYNOLDS WA.: Intraarticular osteoid osteoma of the elbow. Clin. Orthop. 1971.81, 126-129.
 4. CRONMEYER RL, KIRCHMER, NA, DESMET, AA, NEFF, JR. Intraarticular osteoid osteoma of the humerus simulating synovitis of the elbow. A case report. J. Bone Joint Surg 1981. 63-A, 1172-1174.
 5. CORBETT JM, WILDE AH, MCCOR-
 - MACK LJ, EVARTS CM.: Intraarticular osteoid osteoma. A diagnostic problem. Clin. Orthop. 1974. 98, 225-230.
 6. MARCOVERC.FREIBERGERRH.: Osteoid osteoma of the elbow. A diagnostic problem. Report of four cases. J. Bone Joint Surg. (A). 1966. 48:1185 - 1190.
 7. CAMPANACCI, M: Tumori delle ossa e delle parti molli. Gaggi Bologna, 1981.
 8. SNARR JW, ABELL MR, MARTEL W.: Lymphofollicular synovitis with osteoid osteoma. Radiology. 1973;106: 557-560.
 9. RUGGIERI P, BIAGINI R, FERRARO A et al.: Osteoid osteoma of the elbow. A study of twelve cases. Ital. J. Orthop. Traumatol. 1989.15/2: 155-163.